



PREDLOG ZA IMENOVANJE NADZORNIH MENTORJEV ZA SEKUNDARIAT

Naziv pooblaščenega izvajalca: _____

Naslov pooblaščenega izvajalca: _____

Kraj: _____ Poštna številka: _____

Pri oddaji predloga upoštevajte:

- **Pravilnik o vsebini in poteku pripravništva in sekundariata ter strokovnem izpitu doktorjev dentalne medicine in zdravnikov (Uradni list RS, št. 76/22)** v tretjem odstavku 6. člena določa:
»Nadzorni mentor **sekundarija** je specialist z najmanj tremi leti delovnih izkušenj na svojem specialističnem področju opravljenem specialističnem izpitu, katerega specialistično področje oziroma področje dela je neposredno vezano na vsebino programa pripravništva.«
»Nadzorni mentor **za izbirni del sekundariata** je specialist z najmanj tremi leti delovnih izkušenj na svojem specialističnem področju po opravljenem specialističnem izpitu.«
- *Predlagani zdravnik svoje soglasje k predlogu za imenovanje poda z lastnoročnim podpisom.

IME IN PRIIMEK zdravnika	CELOTNI SEKUNDARIAT/IZBIRNI DEL SEKUNDARIATA	SOGLASJE *

Predlagatelj (ime in priimek odgovorne osebe pooblaščenega izvajalca):

Datum: _____

Podpis: _____